

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre DELÉAGE

Externe des hôpitaux

Né à Beauzac (Haute-Loire), le 24 avril 1901

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

**PATHOGÉNIE DES NÉVRALGIES
FACIALES**

Président : C. CARNOT, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre DELÉAGE

Externe des hôpitaux

Né à Beuzac (Haute-Loire), le 24 avril 1901

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

**PATHOGÉNIE DES NÉVRALGIES
FACIALES**

Président : G. CARNOT, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire.	ROUVIÈRE.
	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE . . Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . Pathologie médicale.
BINET Physiologie.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
BRULÉ Pathologie médicale.
CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . . . Histologie.
CHIRAY . . . Pathologie médicale.
CLERC Pathologie médicale.
DEBRÉ Hygiène.
I. de JONG . . Anatomie pathologique.
DUVOIR . . . Médecine légale.
ÉCALLE Obstétrique.
FIESSINGER . . Pathologie médicale.
FOIX Pathologie médicale.
GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
HARVIER . . . Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER Urologie.

MM.

HOVELACQUE . Anatomie.
JOYEUX Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE . . . Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
LHERMITTE . . Pathologie mentale.
LIAN Pathologie médicale.
MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
METZGER . . . Obstétrique.
MONDOR Pathologie chirurgicale.
MOURE Pathologie chirurgicale.
MULON Histologie.
PHILIBERT . . Bactériologie.
RICHET Fils. . Physiologie.
VAUDESCAL. Obstétrique
VERNE Histologie.
VELTER Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
GOUGEROT . . Pathologie médicale.
GUÉNIOT . . . Obstétrique.
LE LORIER . . Obstétrique.
MOCQUOT . . Pathologie chirurgicale.

MM.

RETTERER . . Histologie.
RIBIERRE . . . Pathologie médicale.
TANON Pathologie médicale.
VILLARET . . . Pathologie médicale.

AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI. Clinique médicale.
LÉPER. Clinique médicale.
PROUST. Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MA SŒUR ET A MA BELLE-SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

*En témoignage de remerciement
pour le grand honneur qu'il nous
fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BAUDOUIN

*Qui a bien voulu nous inspirer
le sujet de cette thèse et nous faire
profiter de son expérience.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR ACHARD

M. LE PROFESSEUR GOSSET

M. LE DOCTEUR F. RAMOND

M. LE DOCTEUR SCHVARTZ

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN CAMUS

(*in mémoriam*)

M. LE DOCTEUR AUCLAIR

M. LE DOCTEUR DUJARRIER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGE GARNIER

M. LE PROFESSEUR GILBERT (*in mémoriam*)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PATHOGÉNIE DES NÉVRALGIES
FACIALES

INTRODUCTION

En commençant ce travail, nous n'avons pas envisagé la possibilité de donner une étude complète des névralgies faciales, nous avons voulu nous borner à donner en quelques pages une description rapide et pratique des formes différentes sous lesquelles se présente la névralgie faciale. Montrer l'opposition des caractères fondamentaux de la douleur, nous a paru d'abord indispensable pour essayer d'étudier la pathogénie de cette affection. Si, dans le cas de névralgie à douleurs continues, on peut, assez facilement remonter à la cause provocatrice, et, par un traitement approprié, faire cesser les douleurs des malades, il n'en est pas toujours de même dans le tic douloureux. La désignation de névralgie essentielle, s'appliquant au tic douloureux, montre bien la difficulté en face de laquelle on se trouve, pour remonter à la cause de cette affection. Malheureusement, il est bien difficile d'apporter des

arguments péremptoires en faveur de telle ou telle pathogénie ; ici, les examens nécropsiques ne sont pas d'un grand secours. Cependant, il nous a paru utile d'apporter à l'étude de cette affection, l'appui de quelques observations recueillies dans le service de M. le P^r agrégé Baudouin. Qu'il nous soit permis de lui témoigner ici tous nos remerciements pour l'aide si précieuse qu'il nous a fournie à cette occasion ; l'appui de ses conseils et de ses travaux nous fut très utile dans l'élaboration de ce travail.

CARACTÈRES CLINIQUES

Nous n'avons pas l'intention d'entreprendre l'historique de la question des névralgies faciales. Cette partie a été d'ailleurs admirablement traitée dans la thèse de F. Levy en 1906.

Nous nous attacherons simplement à l'étude de certains caractères cliniques des algies de la face.

Et d'abord, il est indispensable dès le début, de faire une opposition entre la grande névralgie faciale (Neuralgia major), et la petite névralgie (Neuralgia minor). La nécessité de cette distinction s'impose, en raison des différences pathologiques qui séparent ces deux formes, et qui exigent une thérapeutique différente. C'est pourquoi nous avons voulu étudier d'abord leur symptomatologie, et nous insistons sur la nécessité d'un interrogatoire serré du malade. M. Baudouin dans son service à l'habitude de décrire brièvement devant le malade les deux formes de névralgies faciales en insistant fortement sur les caractères de la douleur dans l'un et l'autre cas. Alors le sujet indique exactement quel est le type de douleurs dont il se plaint. Cette façon de procéder est à recommander car elle permet un diagnostic précis

I. — Névralgies du type continu.

Le groupe des névralgies faciales du type continu est si vaste qu'une étude complète de ces formes est impossible. Nous ne voulons qu'esquisser le tableau de cette vaste question.

On se trouve en présence de malades qui souffrent d'une façon continue au niveau de la face et souvent les trois branches du trijumeau sont intéressées d'emblée. La douleur peut être plus ou moins intense mais, fait important, pendant plusieurs heures, quelquefois plusieurs jours, il n'existe aucun intervalle de repos. On peut parfois voir se superposer à ce fond de douleur, des élancements intermittents dans l'intervalle desquels le malade ne cesse de souffrir. Au repos, on peut déterminer une série de points douloureux au niveau de l'émergence des branches nerveuses du trijumeau. Ce sont là les points de Valleix.

On retrouve aussi fréquemment des zones d'hypoesthésie parfois même d'anesthésie complète dans l'hémiface du côté atteint.

Tels sont, en résumé, les caractères cliniques de la névralgie du type continu.

Ce qui en fait l'intérêt, c'est qu'elles sont dues à une irritation du tronc ou des branches du trijumeau. En dehors des traumatismes qui peuvent léser le nerf par différents processus, on peut les observer au cours d'affections diverses :

Au cours d'infections ou d'intoxications aiguës

telles que : la grippe, le paludisme, le diabète ou la goutte. Mais la cause la plus fréquente réside certainement dans les fosses nasales ou les sinus de la face, et en présence de ces algies continues, l'examen du rhinopharynx est toujours nécessaire : on peut ainsi découvrir la cause d'une névralgie dont aucun traitement ne pouvait venir à bout.

Il existe aussi des formes chroniques ; les unes sont d'un diagnostic cliniquement impossible, tel le cas cité par Weissembourg où la névralgie du trijumeau était la seule signature d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. Ces cas heureusement sont rares. D'autres sont d'un diagnostic relativement facile et nous signalerons surtout, comme particulièrement intéressantes :

Les *névralgies post zostériennes* qui peuvent apparaître pendant, ou après l'éruption du zona, se localisent généralement à la branche ophtalmique du V. Elles ont tendance à guérir spontanément, au bout d'un temps plus ou moins long.

Les *névralgies syphilitiques* forment un groupe considérable. Il faudra toujours y songer quand, après un examen sérieux, on ne pourra déceler d'autre cause. Elles guérissent bien par le traitement spécifique.

Les *Névralgies migrainoïdes* à formes de névralgies cycliques forment une curieuse variété : survenant à intervalles plus ou moins longs, tous les jours, quelquefois plus rarement, tous les huit jours par exemple, la douleur apparaît toujours à la même

heure. Sa localisation est uniquement faciale : une, ou plusieurs branches du trijumeau sont intéressées ; la douleur est continue, augmentant de façon progressive, elle peut durer plusieurs heures, accompagnée de troubles vaso-moteurs, mais sans vomissements, ni photophobie, elle décroît progressivement puis disparaît. C'est une véritable forme de transition entre la migraine et la névralgie faciale.

On peut faire aussi, entrer dans ce groupe d'algies continues, les cas décrits par Sicard sous le nom de *nevralgime facial*, par Brissaud : *algies psychiques*. La douleur, continue et localisée, au début, s'est accrue de façon progressive, et le malade, chez lequel se surajoute presque toujours un état névropathique, ne cesse de se plaindre et de réclamer des interventions énergiques. Bientôt la douleur déborde le domaine du trijumeau, empiétant sur le plexus cervical ou le nerf occipital. C'est dans ces cas que le gardennal et la physiothérapie peuvent retrouver quelques indications ; les interventions sont ici sans effet, et le malade, qui souvent est un mental, peut devenir, après une opération inutile, un revendicateur dangereux.

II. — Névralgies du type paroxystique.

Ce sont celles-ci qui nous intéressent surtout. Bien décrite par Trousseau, sous le nom de névralgie épileptiforme, leur personnalité clinique, est en général très nette.

« Un individu qui, un instant auparavant, n'éprouvait aucune sensation extraordinaire, et témoignait hautement de l'absence totale de souffrance, est tout à coup pris d'une horrible douleur au moment où il vous parle. Vous le voyez porter la main à son visage, qu'il presse avec une force extrême, qu'il frictionne avec une énergie extraordinaire au point que ces frictions répétées finissent par détruire complètement le système pileux du côté malade. Il balance la tête entre ses mains en poussant des gémissements étouffés. Cette scène dure dix, quinze secondes, une minute au plus, et le tout est fini, sans convulsions. L'individu reprend son discours interrompu, jusqu'au moment où il vous rendra témoin d'un paroxysme nouveau ».

Ceci constitue l'accès classique, ou tic douloureux. Mais, il est fréquent de voir se surajouter à ces phénomènes douloureux, des troubles vaso-moteurs ; bouffées congestives de l'hémiface, larmoiement, s'accompagnant aussi quelquefois de petites secousses musculaires toniques ou cloniques.

La douleur est toujours localisée à un côté de la face, frappant électivement la branche du maxillaire supérieur et se généralisant quelquefois aux trois branches du trijumeau.

Ce qui fait le caractère principal de la douleur dans cette forme, c'est d'abord son intensité. Le malade la compare à une sensation de broiement, de déchirure, de couteaux qu'on enfonce. Le moindre mouvement du visage, le fait de parler, de mâcher, quel-

quefois un simple frôlement, une sensation de froid, peut déclencher la crise et c'est afin de l'éviter, que le malade garde une immobilité absolue, un masque impassible, et refuse parfois de causer et de s'alimenter. L'examen de ce malade est ainsi rendu difficile par la crainte de voir survenir une crise, l'hyperexcitabilité de la région étant le seul signe subjectif que l'on trouve.

Chez de tels malades, il est impossible de relever aucune cause pouvant expliquer ces crises.

L'influence de l'hérédité n'est pas douteuse chez eux, on retrouve fréquemment, chez eux ou leurs parents un terrain neuro-arthritique : asthme ou migraine. « La migraine nous a paru, dit F. Lévy, être l'un des facteurs les plus fréquents, les plus nets et les plus évidents qui influencent la névralgie faciale ».

Il ne semble pas que l'on puisse voir le tic douloureux, plus souvent dans un sexe que dans l'autre, mais il est relativement rare de l'observer avant 30 ans.

La fréquence des crises est variable suivant les cas : certains sujets n'en ont qu'une ou deux par jour, d'autres peuvent réaliser un véritable « état de mal ». Leur répétition est d'autant plus fréquente que la névralgie est plus ancienne.

On voit donc par cette description, la netteté que présente en clinique, le tic douloureux, et combien l'opposition avec le type continu est évidente. Il est certain qu'il n'en n'est pas toujours ainsi, et on peut

voir des cas qui ne se présentent pas toujours aussi nettement.

Signalons le cas où des douleurs ont pu au début avoir un caractère paroxystique net et qui par la suite deviennent continues.

MM. Dufourmentel et Béhague ont présenté d'autre part, un malade qui, souffrant de tic douloureux et soigné pour cela, fut examiné par eux et guéri à la suite d'une opération sinusienne.

En fait, ces cas sont rares et pratiquement on peut affirmer que les douleurs du type continu sont symptomatiques, tandis que les douleurs du tic douloureux relèvent d'une pathogénie toute différente.

PATHOGENIE

Dans ce chapitre, nous n'aurons en vue que l'étude de la névralgie faciale dite essentielle, du tic douloureux dont la pathogénie est si discutée.

Nous n'avons pas d'ailleurs la prétention d'apporter une certitude absolue et définitive sur la question : les moyens précis qui permettraient le contrôle de l'opinion que nous formulons n'existent pas, aussi notre théorie manque-t-elle d'un fondement rigoureux. Basée sur quelques observations et sur des faits publiés par des auteurs étrangers, nous n'avons eu qu'une ambition, celle de contribuer à la connaissance de l'origine si obscure du tic douloureux.

Selon la comparaison de notre Maître M. Baudouin « Tout se passe, comme si un appareil nerveux sensitif se chargeait à un potentiel croissant. Quand la tension est suffisamment élevée, la décharge douloureuse éclate ».

Il faut donc penser que le mécanisme de cette décharge est complexe. Il y aurait une excitation périphérique venant des branches du trijumeau ou du ganglion de Gasser, et cette excitation retentirait au niveau d'un centre qui réagirait par une

décharge douloureuse. Le fait qu'on ne trouve aucune lésion anatomo-pathologique au niveau des nerfs périphériques et du ganglion de Gasser ne prouve pas le mal fondé de cette opinion, car il est fort probable qu'il existe à ce niveau plutôt un trouble fonctionnel qu'une vraie lésion anatomique. D'autre part on s'explique ainsi très bien les résultats des interventions sur le V : si l'on détruit définitivement le trajet sensitif, par la neurotomie rétro-gassérienne, on supprime par le fait même le trajet des excitations périphériques. Il en est de même pour l'injection neurolytique, mais ici la destruction n'est pas complète et en effet on voit revenir les douleurs en même temps que la sensibilité du territoire injecté : le trajet sensitif n'est plus interrompu, les excitations passent.

Ces excitations ne produiraient aucun effet chez un sujet sain, il faut pour qu'il y ait douleur un centre prédisposé et c'est ici qu'intervient le sympathique.

Quincke le premier avait parlé de relations possibles entre les névralgies faciales et les troubles vaso-moteurs mais cette pathogénie fut abandonnée à la suite des critiques d'Alexander.

Il nous a semblé cependant qu'on ne devait pas négliger l'existence de ces troubles vaso-moteurs ; ils s'observent fréquemment et il est classique de décrire l'hypérémie vaso-motrice de l'hémiface au cours de la crise. On a voulu voir là une conséquence réactionnelle de la névralgie, mais le fait qu'ils appa-

raissent en même temps que la douleur, qu'ils la précèdent même parfois permet de les interpréter comme un phénomène sympathique.

De nouveaux faits d'ailleurs militent en faveur de l'intervention du sympathique.

Pette a observé deux malades atteints de crises d'asthme, chez lesquels il fit pratiquer une sympathectomie cervicale unilatérale. Le résultat de ces deux opérations fut imprévu : les crises d'asthme disparurent bien, mais, à leur place survinrent de violentes douleurs paroxystiques dans la face. La paralysie du sympathique avait donc déterminé dans les 2 cas l'apparition d'un tic douloureux qui durait encore six mois après l'opération.

Ratner, de son côté a observé plusieurs cas de névralgie faciale associés à des phénomènes de tétanie ou de spasmophilie. Partant du fait que dans la tétanie il y a insuffisance du système para-sympathique, produisant en définitive un état de sympathicotonie, Ratner fut amené à administrer à ces malades de l'extrait para-thyroïdien qui ; selon Vines, agit en augmentant le tonus para-sympathique (pendant le traitement, survinrent en effet des coliques et de la diarrhée qui cédèrent à l'atropine). Dans 4 cas, le résultat fut excellent, la névralgie faciale disparut en cinq ou six jours, en même temps que furent améliorées les manifestations tétanoïdes.

A la suite de ces faits expérimentaux, l'extrait para-thyroïdien fut utilisé sur plusieurs malades du service de M. Baudouin. Devant l'échec de ce

médicament on essaya alors l'Insuline, dont on connaît l'action puissante sur le para sympathique. Nous donnons ici 4 observations de malades ayant bénéficié de ce traitement.

OBSERVATION I

Mme R..., 65 ans, sans profession.

La malade entre à l'infirmerie le 8 février 1926 se plaignant de névralgie faciale.

Mère de 4 enfants, tous vivants. N'a jamais fait de fausse couche. Son mari est mort de broncho-pneumonie.

Mme R... ne se souvient pas avoir eu de maladie jusqu'en 1924 ou elle a commencé à souffrir de la tête.

Les douleurs sont apparues sans cause apparente. Elles débutaient toujours au niveau de l'angle sus angulo-maxillaire droit, diffusant ensuite rapidement dans toute la face du même côté mais respectant le territoire du nerf maxillaire inférieur.

Particulièrement violentes, ces douleurs étaient caractérisées par une série d'élancements très pénibles que la malade compare, tantôt à une brûlure atroce, tantôt à une sensation d'arrachement.

La crise durait quelques minutes environ, puis survenait une accalmie plus ou moins longue. Mais, au moindre mouvement (déglutition de la salive par ex.) la crise revenait avec les mêmes caractères. La pression même légère des régions sus et sous orbitaires déclenchait la crise.

Pendant deux mois, la malade a eu une moyenne de dix crises par jour, toutes provoquées par une cause minime.

Les nombreux cachets anti-névralgiques absorbés par elle n'ont pas une action efficace. Il en a été de même pour l'ablation d'une dent cariée qu'elle rendait responsable de ses douleurs.

Trois mois après le début de ces accidents, à la suite d'un ingestion d'aspirine, la malade aurait été prise d'un malaise général, avec nausées, mais sans vomissements. A la suite de ce malaise, les crises douloureuses auraient complètement disparu.

En décembre, 1925, sans raison, les mêmes accidents se reproduisent brusquement avec les mêmes caractère qu'au début de 1924.

Ayant essayé alors différentes médications, elle vient consulter à la Rochefoucauld le 8 février 1926 et entre dans le service.

A ce moment, les crises sont particulièrement fréquentes et pénibles, provoquées par le moindre geste de la malade qui en arrive à refuser toute nourriture par crainte que la mastication ou la déglutition ne déclanchent une crise.

Au début de chaque crise, il y a une sorte d'aura caractérisée par une sorte de picotement de la région sus angulo-maxillaire droite; puis la douleur s'éveille, atroce, envahissant le coté droit de la face, mais respectant le territoire du maxillaire inférieur. Les crises durent quelques minutes, mais se reproduisent au nombre d'une dizaine par jour.

L'examen général de la malade ne révèle rien d'anormal. La tension artérielle est de 15-8 au Pachon.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

L'épreuve de la glycosurie expérimentale se montre posi-

tive au bout d'une heure. La malade urine en moyenne de 1.000 à 1.500 grammes d'urine en vingt-quatre heures.

Le 9 février on fait 15 unités d'insuline à la malade.

Le 10, le 11 et le 12, elle reçoit chaque fois 45 unités.

L'amélioration se montre aussitôt évidente. La malade qui chaque nuit était réveillée par une ou plusieurs crises, a pu dormir tranquillement.

Dans la journée elle présente encore quelques crises, mais moins nombreuses.

Le 13, 14, 15, elle reçoit encore 45 unités.

L'amélioration s'accroît et la malade peut reprendre une alimentation normale sans crainte de voir revenir des crises.

Le 16 et le 17, 45 unités.

Il n'existe plus aucune douleur spontanée. Seule une pression forte, dans les régions sus et sous-orbitaires réveille une crise minime.

Le 18 on ne fait que 30 unités.

Le 19, 15 unités seulement.

Le 20, on supprime l'insuline.

La malade ne souffre plus du tout et sort de l'hôpital.

OBSERVATION II

Mme R..., 34 ans, journalière.

Entre à l'infirmerie le 10 mars pour névralgie faciale (envoyée de Saint-Antoine par le D^r Mathieu Weill).

Père et mère bien portants.

Ni frère, ni sœur.

A été opérée il y a trois ans d'appendicite à Saint-Antoine.

Pas de fausse-couche. Pas d'enfant.

Le début de son affection remonte au mois de décembre 1923. La malade attribue ses premières douleurs à une lésion dentaire. Mais l'ablation de deux dents du côté droit n'a pas amené d'amélioration.

Au début, les crises duraient une heure environ. Début brusque à la face du côté droit, sensation de torsion.

Dans l'intervalle des crises, rémission complète. Il se produisait à peu près une crise par mois. Elle a été traitée uniquement par des cachets anti-névralgiques.

Depuis octobre 1925, les douleurs continuent à évoluer par crises, mais celle-ci se font plus fréquentes d'abord journalières puis plusieurs fois dans la journée. En octobre elle aurait été traitée pour gingivite, mais sans amélioration.

Actuellement, douleurs violentes, en éclair, se présentant à intervalles très rapprochés, réveillant souvent la malade et entraînant l'insomnie.

A Saint-Antoine on lui a fait 9 séances de radiothérapie, mais sans résultat.

L'état général de la malade est bon.

L'appareil respiratoire le cœur et l'appareil digestif n'ont rien d'anormal.

La malade présente une exagération de la sensibilité au niveau de l'émergence des nerfs sus et sous-orbitaire du côté droit.

Examen de la glycémie au 11 mars = 0,70.

Du 12 au 20 mars, on pratique une injection de 30 unités d'insuline, par jour.

Le 20 mars, elle reçoit 60 unités.

Dès ce jour, on constate que les crises diminuent d'intensité.

Le 21 mars 60 unités encore.

Les crises disparaissent, et il ne persiste qu'un vague endolorissement de la face.

Le 22 mars 60 unités.

Toute douleur a disparu.

On continue cependant les injections et la malade reçoit chaque jour 60 unités d'insuline, jusqu'au 26 mars.

Elle est alors sortie de l'hôpital n'ayant plus présenté de nouvelles crises douloureuses.

OBSERVATION III

Mme B..., 77 ans.

La malade entre à l'infirmerie le 4 janvier 1926 se plaignant de névralgie faciale droite.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux.

Il y a quatre ans, elle aurait été opérée pour une occlusion intestinale.

Elle souffrait de la tête depuis fort longtemps, mais de façon irrégulière.

Les crises douloureuses se seraient manifesté il y a un an à peu près. La première crise serait survenue à la suite d'une ingestion de glace. La douleur siégeant à droite n'aurait duré que quelques secondes puis aurait disparu spontanément.

Pendant un an, après cette crise, la malade n'a plus ressenti aucune douleur. Elle continuait à se plaindre de céphalés assez vague, mais qui cédait à l'aspirine.

Le 31 décembre 1925, sans cause apparente, elle éprouve brusquement une douleur sus-orbitaire droite, extrêmement

vive. Cette douleur s'étend à l'hémiface droite, respectant le territoire du maxillaire inférieur. La crise, très pénible, dure quelques minutes suivie d'une période de calme, puis nouvelle crise.

Le 1^{er} janvier et le 2 janvier la malade a plusieurs crises.

Toutes ses crises sont provoquées par une cause minime : soit une exposition au froid, soit un simple frôlement de la joue droite. Les douleurs débutent généralement au niveau de la région pariétale supérieure, et envahissent rapidement le domaine de l'ophtalmique et du maxillaire supérieur.

Le 4 janvier on assiste à une crise typique : l'œil droit se remplit de larmes et se ferme, tandis que la partie supérieure de l'hémi-face droite semble se contracter.

Le 5 janvier on fait l'épreuve de la glycosurie expérimentale qui se montre positive.

La malade urine 1 litre par jour environ.

L'état général est bon.

Le 8 janvier on commence l'insuline, 15 unités le premier jour.

Puis 30 unités jusqu'au 14 janvier.

Les crises persistent.

Le 14 et le 15 janvier, 45 unités lui sont injectées.

A partir du 16 janvier on lui fait 60 unités.

Les douleurs se font moins vives.

Mais le 21 janvier la malade a une très forte crise.

Le lendemain les douleurs ont diminué de façon très sensible. On continue à lui injecter 60 unités.

Les jours suivants, l'amélioration est si nette que le 25 janvier on descend à 45 unités.

Le 26 elle fait une nouvelle crise.

Du 28 janvier au 8 février on continue à lui faire 45 unités d'insuline auxquelles on ajoute, à partir du 31 janvier une injection de parathyroïdine.

La malade n'a eu aucune crise et se déclare guérie.

A partir du 8 février on diminue l'insuline 30 unités d'abord, puis 15, tout en continuant la parathyroïdine.

La malade éprouve simplement quelques élancements peu douloureux dans le domaine du maxillaire supérieur.

Le 12 février on suspend l'insuline, en continuant la parathyroïdine.

Des petites crises douloureuses surviennent encore et la malade réclame l'insuline. Mais l'ingestion d'aspirine suffisant à calmer ces crises frustes, la malade demande à sortir.

OBSERVATION IV

Mme S..., 56 ans, ménagère.

La malade entre le 29 octobre 1925 pour névralgie faciale droite ayant débuté il y a 2 ans d'une façon brutale.

Les crises duraient de deux à trois minutes et survenaient avec une fréquence variable. La douleur était localisée au début au niveau du maxillaire supérieur, elles irradient maintenant autour de l'œil, toujours du côté droit.

Il y a un an, la malade a été consulter à la Salpêtrière où on lui fit un traitement électrique, 15 séances qui produisirent une amélioration légère mais transitoire.

Trois ou quatre mois après, elle fut consulter à Saint-Louis. Prise de sang et ponction lombaire, mais la malade ignore le résultat.

Récemment, elle a été à la clinique des Quinze-Vingts où on lui a fait 3 injections d'alcool dans la région temporale droite. Il y eut une amélioration mais transitoire.

Ne présente pas d'antécédents héréditaires.

La malade a eu 12 enfants. Trois sont vivants, les autres sont morts en bas âge de gastro-entérite ou méningite. Elle a eu une fausse couche de six mois.

La vue a baissé de façon progressive depuis neuf ans.

Actuellement, les crises sont très fréquentes au point d'être subintrantes à certains jours. Leur durée est variable (quelques minutes.)

Pendant la crise, l'hémi-face droite devient congestionnée, il y a une contraction spasmodique de la paupière, mais, peu accentuée. La bouche est relevée à droite, même en dehors des crises, et le pli naso-génien plus marqué de ce côté. De par l'absence totale de dents au niveau du maxillaire supérieur droit (elles avaient été enlevées dès début des crises) il existe une apparence d'hémiatrophie faciale droite.

Le 3 novembre l'épreuve de la glycosurie expérimentale se montre très nettement positive.

On commence dès ce jour le traitement par l'insuline. D'abord 6 unités et rapidement on monte à 18 unités le 5 novembre.

A partir du 7, la malade accuse une nette amélioration. Les crises sont moins fréquentes, plus fugaces, plus brèves et moins intenses. Les nuits sont meilleures, les crises n'interrompent plus l'alimentation.

Le 10 novembre la malade sort très améliorée.

Cette malade a été revue au mois d'avril 1926. Les crises

avaient reparues, très violentes et fréquentes. On reprit le traitement par l'insuline et l'on monta à la dose de 120 unités par jour, sans qu'on puisse obtenir de résultat satisfaisant. Si bien que le 8 avril 1926 on fut obligé de pratiquer des injections d'alcool.

Nous voyons donc d'après ces observations, que dans 2 cas, le résultat fut remarquable et rapide survenant chez des malades qui souffraient depuis environ deux et trois ans. Chez les deux autres, le résultat sans être aussi brillant, permit cependant de constater une amélioration notable ; il est vrai que chez l'une des malades, une récurrence survenue six mois après, ne fut pas influencée par le même traitement.

Nous nous devons d'ajouter aussi que des injections d'insuline furent également faites à quatre autres malades et que l'on enregistra quatre échecs absolus.

Il est bien permis de penser, que dans les cas qui ont cédé à l'insuline, c'est bien à l'action de celle-ci sur le para-sympathique que nous devons les succès enregistrés, et qu'il n'y a pas eu simplement un phénomène de choc, car l'adrénaline ou l'extrait hypophysaire qui choquent tout autant, ne produisent aucun effet.

On voit donc qu'il existe dans certains cas (Pette) une paralysie du sympathique qui serait la cause de la névralgie ; dans nos observations comme dans les faits publiés par Ratner, on incrimine au contraire

l'hyperfonctionnement de ce système. Il ne faut voir là aucune contradiction et rien ne s'oppose à considérer le tic douloureux comme « une décharge, sous l'influence d'excitations périphériques, d'un noyau sensitif sensibilisé par déséquilibre neuro-végétatif ».

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Nous serons brefs sur ce chapitre, la question des différents traitements étant déjà bien étudiée, en particulier au point de vue des injections neurolytiques et des interventions chirurgicales. Seuls, quelques points doivent être précisés.

Il faut d'abord poser en principe que les névralgies faciales du type continu, relèvent d'un traitement causal, dont la nature varie suivant les cas. Les cas sont très rares en effet ou on a pu tirer bénéfice du traitement neurolytique, on ne doit d'ailleurs y recourir qu'en désespoir de cause, devant l'échec absolu des analgésiques, de la physiothérapie et du traitement causal spécifique.

Le traitement du tic douloureux doit être conduit de tout autre façon. Il convient d'abord de s'adresser aux sédatifs du système nerveux : l'aconit, l'opium, le bromure, le gardennal ont eu quelquefois des effets assez heureux, malheureusement, ils ne réussissent pas toujours, et en tout cas, leur effet n'est que passager.

Peut-on vraiment espérer beaucoup du traitement par l'insuline ou l'extrait para-thyroïdien ? A vrai dire, les quatre échecs absolus que nous avons

signalés, dans le cas de l'insuline, ne permettent pas des espoirs aussi bons, que nous aurions cru. Il n'existe aucun signe qui permette, chez un sujet, de savoir s'il pourra bénéficier de ce traitement : nous avons fait l'épreuve de la glycosurie expérimentale chez les huit malades traités par l'insuline ; elle fut positive dans la moitié des cas, mais, il y a eu des échecs, alors même que cette épreuve était nettement positive.

Il reste alors, dans un deuxième temps à recourir à l'injection d'alcool. La technique de cette injection, est à l'heure actuelle bien au point. On vise à obtenir une anesthésie complète dans le territoire du trijumeau. Des mains habiles sont arrivées à faire pénétrer l'alcool jusqu'au ganglion de Gasser, on peut obtenir ainsi une sédation de cinq, six ans et plus. En général, la sédation dure deux ans, en moyenne. A chaque récurrence, on pratique une nouvelle injection, ou on a recours au chirurgien.

C'est la dernière étape du traitement, la plus énergique aussi, qui supprime définitivement la douleur en interrompant le trajet du V. L'opération porte maintenant sur la racine sensitive du trijumeau, entre le ganglion et la protubérance.

CONCLUSIONS

I. — Il existe deux types cliniques bien différents, de névralgie du Trijumeau, qui s'opposent entre eux par les caractères de la douleur dans l'un et l'autre cas : continue, dans les névralgies symptomatiques, elle apparaît dans le tic douloureux, sous forme d'accès paroxystique.

II. — L'opposition entre ces deux types, n'est pas seulement clinique, on la retrouve dans leur pathogénie, et cela commande aussi, un traitement différent.

III. — Les névralgies du type continu sont, presque toujours symptomatiques, et le traitement de ces formes doit s'attaquer à la cause.

IV. — Les névralgies du type paroxystique ont une pathogénie plus obscure. Mais, en présence des résultats fournis par l'insuline, l'extrait parathyroïdien, et la section du sympathique cervical, on peut admettre qu'elles sont dues à une rupture de l'équilibre du système neuro végétatif, créant une sensibilisation centrale, qui répond par de la douleur, aux excitations périphériques.

V. — Le traitement du tic douloureux doit suivre 3 étapes :

1° Au début, traitement médicamenteux et physiothérapie. L'insuline ne peut être d'un emploi courant, étant donné ses résultats inconstants ;

2° Traitement plus efficace : ce sont les injections d'alcool *loco dolenti*, en présence des récidives on fera de nouvelles injections ou on aura recours à la chirurgie ;

3° Traitement définitif, la neurotomie rétro-gasienne donne des résultats merveilleux.

Vu : le Président de la thèse,
CARNOT

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

André. — Observations sur quelques maladies de l'urèthre et sur plusieurs faits convulsifs. Paris, 1756.

Capelin. — Thèse Paris, 1924.

Chassard. — Du traitement des névralgies par applications de l'électricité. Thèse Paris, 1913.

Cushing. — The surgical aspects of major neuralgia of the trigeminal nerve (Journal of the Americ. med. associat., mars 1905).

Dufourmentel et Béhague. — Soc. de Neurologie, déc. 1925.

Gilles de la Tourette. — Semaine médicale, 1896.

Halliday. — Considérations sur les névralgies faciales, 1832.

Lévy (F.). — Thèse Paris, 1906.

— Le syndrome gasserien (Presse médicale, 1912.

Lévy (F.) et Baudouin. — Les névralgies et leur traitement, 1909.

— Académie de Médecine, janvier 1906.

Pette. — Munchener medizinische Wochenschrift, août 1924.

Pitres et Vaillard. — Traité de Médecine Brouardel et Gilbert.

Ratner. — Munchener medizinische Wochenschrift, avril 1925.

Sicard. — Traité de Médecine Sergent.

— Traitement de la névralgie faciale essentielle par l'alcoolisation locale (Presse médicale, 1917).

— Revue neurologique, 1921-1922.

Trousseau. — Clinique médicale Hôtel-Dieu, t. II.

Valleix. — Traité des névralgies, 1849.

Verger. — Revue de Médecine, 1904.

